

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS SITUACIONES DE RIESGO PARA LA SEGURIDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA PREHOSPITALARIA URGENTE EN CANARIAS

AUTORÍA

Hernández Rodríguez J.E*

Rosales Díaz D.A.**

Fernández Suárez J**

Díaz Hernández M*

***Departamento de Enfermería. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.**

****Servicio Canario de Salud**

INTRODUCCIÓN

Es común escuchar situaciones violentas y agresivas en la atención hospitalaria y a nivel de atención primaria, sin embargo, la violencia en el ámbito extrahospitalario pasa, generalmente desapercibida o es infravalorada. No se trata de momentos aislados, aunque lo parezca, y que puedan pasar inadvertidos. Al contrario, son más frecuentes de lo esperado y por ello se debe dar a conocer para complementar y ampliar todo lo relacionado con esta situación con la intención de poder paliar tales sucesos. Un aspecto importante a reseñar es la escasa bibliografía encontrada sobre dicho tema, ya que la mayoría de los estudios se centran en los servicios de urgencias de hospitales y centros de salud. Se justifica el desarrollo de este trabajo, por la necesidad de poder contar con una descripción a modo de diagnóstico inicial de la situación en la que se encuentra el sector extrahospitalario urgente en Canarias. El tema que se aborda ha adquirido una gran importancia en los últimos años, debido al volumen de trabajo que tienen los servicios de urgencias extrahospitalarias. Hay que tener en cuenta que cada emergencia es diferente y la reacción de cada persona, familiar o grupo, puede ser distinta ante situaciones que generan gran estrés en el entorno, o en el propio afectado, pudiendo causar una actuación agresiva. La violencia se ha transformado en un problema de salud pública que alcanza proporciones epidémicas, con amplias ramificaciones en la atención de salud. Es un fenómeno difuso y complejo, amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y desgasta el tejido social, es un problema polifacético con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales (Chappell, D., & Di Martino, V., 2006). La violencia que se desencadena en el lugar de trabajo recibe el nombre de violencia laboral y es definida de manera general como toda acción, incidente o comportamiento, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma y en el que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo incluidos los trayectos de ida y vuelta al mismo, que pongan en peligro, implícita o explícitamente su seguridad, su bienestar o su salud. Según la forma de manifestarse, esta violencia se clasifica en violencia psicológica y violencia física. Se entiende por violencia física “el empleo de la fuerza física contra una persona o grupo, que produce daños físicos, sexuales o psicológicos, incluyendo las palizas, patadas, bofetadas, puñaladas, tiros, empujones, mordiscos y pellizcos”. Y por violencia

psicológica, “el uso deliberado del poder o amenazas al recurso de la fuerza física, contra una persona o grupo, que pueden dañar su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Comprende el abuso verbal, la intimidación, el atropello, el acoso y las amenazas (Di Martino, 2002; Martini, A., Fantini, S., D’Ovidio, M. C., Ceracchi, A., & De Santis, A., 2012; Ortells Abuye, N., Muñoz Belmonte, T., Paguina Marcos, M., & Morató Lorente, I. 2013). Es importante diferenciar los tipos de violencia, pues casi todos los profesionales están expuestos a insultos, pero la distribución no es igual en cuanto a agresiones físicas y tampoco en cuanto al comportamiento amenazante. Los efectos de la violencia pueden impregnar por completo el lugar de trabajo, la familia de la víctima y la comunidad en la cual ella vive. A nivel individual y familiar, la humillación y el sufrimiento que resulta de la violencia laboral es difícil de cuantificar. Las víctimas suelen presentar desmotivación, pérdida de confianza, baja autoestima, depresión, rabia, ansiedad e irritabilidad. Los afectados pueden terminar en accidentes ocupacionales, invalidez y hasta suicidio. Estas consecuencias negativas no solo afectan a la persona quien es foco de violencia, sino también a las personas próximas a la situación (Martini, A. et al. 2012). Genera en el personal en general y en el sanitario en particular, estrés, ansiedad, angustia, desmotivación y disminución de la autoestima, que se suma a la presión que el tipo de atención especial que se desarrolla ya crea de por sí. Además de efectos hacia la persona, también provoca efectos sobre la empresa u organización, produciéndose un incremento del absentismo laboral, descenso en la calidad del trabajo, de la productividad, aparición de conflictos laborales, disconformidad del paciente hacia el trato prestado, etc. (GatesDM, Gillespie GL, 2011; Miret, C., & Martínez, A. 2010). El medio sanitario es, de todos los medios de trabajo en el sector servicios, el que más episodios de violencia registra, con un conjunto de incidentes que exponen a los profesionales a un riesgo, tanto para su salud física o psíquica, como para la integridad de su persona (Gil Hernández, M. R., Morales Cobo, M. C., del Río Aragón, P., Martín Duran, A. M., & Peñalvo Espinosa, R. 2008). En cuanto al agresor y las causas de la agresión hay datos discordantes, pero en líneas generales un 48% son pacientes y 30% familiares o acompañantes de pacientes, mientras que el resto lo formaron enfermos psiquiátricos (11%) y toxicómanos (10%), algunos estudios sitúan como principales agresores a pacientes con trastornos psíquicos agresivos. El 30-58% de estas agresiones se han relacionado con una excesiva demora para ser atendido; otro 15% por la negativa a conceder o prorrogar una baja y un 10% a no prescribir medicamentos solicitados (Elhadad, F. & Galán, Á. 2012; Mayor Yancán, I.A., et al. 2013). Según Mansilla, F. (2012) este incremento no sólo se ha dado por el aumento de lo que se clasifica como violencia tipo III (violencia ejercida por jefes, compañeros o subordinados), sino más bien por el aumento de violencia tipo II, aquélla que es proporcionada en el ámbito sanitario exclusivamente por pacientes y/o familiares. Si bien cualquier profesional que trabaje en un centro sanitario como un hospital o centro de atención primaria puede ser objeto de violencia, esta posibilidad se ve incrementada en aquellos profesionales que desempeñan su labor en los servicios de urgencias y emergencias (Bernardo de Quirós, M., Labrador, F. J., Piccini, A. T., Mar Gómez, M., & Cerdeira, J. C. 2014). En este

sentido, las especiales características de estos servicios y su forma de prestarlos en el que el particular recibe un servicio personalizado, genera unas expectativas con respecto a su situación y necesidades, que deben ser tenidas en cuenta por los profesionales que atienden estos pacientes, que pueden ser susceptible de originar situaciones conflictivas entre unos y otros (Elhadad, F. & Galán, Á. 2012). Ello se debe a que los profesionales de las emergencias extrahospitalarias prestan los servicios a pacientes que pueden presentar una emergencia vital en todo tipo de ambientes, sin los medios oportunos de seguridad como los que cuentan los hospitales y centros de salud. Los diferentes estudios muestran una alta prevalencia de violencia en los profesionales sanitarios de estos servicios durante el desarrollo de su actividad profesional, indicando tasas que oscilan entre el 66 % y el 87,5% (Martini, A. et al. 2012; Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T., & Suserud, B. O. 2011). Desde el punto de vista de los distintos tipos de agresiones, habría que indicar que las de tipo verbal (insultos, amenazas o intimidación) son las que más reciben estos profesionales (82%), en relación a las de tipo físico (13-38%), en la que muchas veces implica el uso de algún tipo de arma. (Boyle, Koritsas, Coles, & Stanley, 2007; Crilly, Chaboyer, & Creedy 2004; Koritsas, Boyle, & Coles, 2009; Petzäll, Tällberg, Lundin, & Suserud, 2011). Por otra parte, un dato a destacar es el hecho de que los médicos tienen un menor riesgo de ser objeto de cualquier forma de violencia verbal en comparación con el personal de enfermería y el personal técnico, (Ayranci, 2005; Joa, & Morken, 2012). La juventud y el género (femenino) del personal sanitario parece ser un factor de riesgo para sufrir más agresiones en el ámbito laboral (Mayorca Y, I. A. 2013), mientras que la mayor experiencia laboral se constituye como un factor de protección (Ortells Abuye, N. Et al. 2013). No deja de ser cierto, que la gravedad de los episodios de violencias vivida no es siempre la misma, ni todas las personas que la padecen las afrontarán de igual manera, dependerá de la vulnerabilidad y resiliencia de cada trabajador, así como también del contexto donde se desarrollen dichos actos. En todo análisis de riesgo sobre violencia en el lugar de trabajo, la concepción de ésta debe contemplar tanto el daño psicológico y el daño físico si lo hubiera. (Elhadad, F. & Galán, Á. 2012). En nuestro ámbito territorial, los estudios se basan a nivel sanitario hospitalario, sin que se tengan datos concretos relativos al sector sanitario urgente extrahospitalario. Canarias es la Comunidad Autónoma donde los médicos y los enfermeros de Atención Primaria sufren más agresiones físicas o verbales generadas por un paciente o familiar, más concretamente el 35% y el 34% respectivamente. El porcentaje a nivel nacional es del 26% a médicos y del 22% a enfermeros. Sin embargo, no hay estudio que de alguna manera describa esta situación a nivel prehospitalario, como se señala.

OBJETIVOS

- Describir las situaciones de violencia y agresividad y el tipo más frecuente que se dan en el sector extrahospitalario durante el desarrollo de la labor asistencial.
- Identificar los profesionales que pueden ser más vulnerables.

- Destacar y resaltar, una serie de acciones sencillas de cuidados dirigidos a prevenir estas situaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño selectivo de encuesta por muestreo no probabilístico a través de voluntarios, todos trabajadores de una empresa de asistencia prehospitalaria urgente que opera en la comunidad canaria. Se diseñó un cuestionario de elaboración propia adaptado a partir de otro cuestionario previo sobre valoración de violencia en centro sanitario de atención primaria en la isla de Gran Canaria. El cuestionario está compuesto por 21 ítems, preguntas abiertas y cerradas, del tipo dicotómico y de respuestas múltiples. Se obtuvieron datos estadísticos de tendencia central (medias, valores absolutos y relativos).

RESULTADOS

Se entregaron 159 cuestionarios (100%), de los que respondieron 105 participantes (66%) del total. De ellos, el 93,3% de ellos han sufrido situaciones violentas y agresivas. De las tres categorías profesionales que participaron en el estudio y que respondieron al cuestionario, el 9,5 % corresponden a enfermeros, el 4,8% a médicos y el 85,7% a TES (Técnicos de Emergencias Sanitaria), perteneciendo mayoritariamente al género masculino (82,9%) y el 17,1% son mujeres, con una edad media de 39,4 (24-58) años. De ellos, solo el 15,2% tienen un contrato temporal y el resto, 83,8% indefinido. Son los familiares los que mayor porcentaje de agresiones generan (23,8%), seguidos de los testigos, con un 14,30%. En cuanto al tipo de agresión, la verbal es la que mayor porcentaje posee, con un 61,9%, mientras que la física y la verbal se encuentran en un 20%. Las físicas se producen en un 6,7% provocando que un 24,8% de los agredidos resultaran con daño físico. Un dato muy llamativo es el hecho de que es la mujer la que resulta en más ocasiones lesionada que el hombre, un 27,8% frente al 24,1% de los hombres. La acción inmediata más usual al ser agredidos ha sido activar al 112 y comunicar dicha incidencia (22,85%), y desde el punto de vista administrativo, solo han comunicado la incidencia (47,6%), pero nadie ha denunciado. Es de señalar que el 11,43% de los afectados no haría nada por lo engorroso de los trámites a realizar. Destaca, por último, que el 48,6% de los trabajadores, no han recibido formación sobre situaciones violentas, mientras que un 51,4% sí la ha recibido, aunque un porcentaje superior al 50%, no tiene conocimientos adecuados sobre el protocolo dirigido a la prevención y actuación de situaciones agresivas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos obtenidos dejan evidencia que se trata de un problema emergente y en el que se deben de tomar medidas de manera prioritaria y ágil. En este estudio se puede observar que la vivencia de situaciones agresivas es superior al resto de la literatura consultada (93,3%) y coincide con autores como Di Martino, Martini, A. et al. (2002); Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T., & Suserud, B. O. (2011), en cuanto a la alta incidencia de agresividad que sufren los mismos. La mayor parte de la agresividad recae en profesionales de menor nivel académico como son los

técnicos, en concordancia con los resultados de Ayranci, 2005; Joa, & Morken(2012), aunque es un dato que, en nuestro estudio, puede estar sesgado debido a la mayor participación de dicho personal en el mismo y habría que tomarlo, por tanto, con cautela. Así mismo, se constata que la mayoría de las agresiones procede de los familiares y el tipo de agresión es mayoritariamente verbal, datos que coinciden con los diferentes estudios y autores reseñados(Boyle, Koritsas, Coles, & Stanley, 2007; Crilly, Chaboyer, & Creedy 2004; Koritsas, Boyle, & Coles, 2009; Martini, A. et al. 2012; Petzáll, K., Tällberg, J., Lundin, T., & Suserud, B. O. 2011).La tensión que se vive durante una situación donde puede peligrar la vida de un familiar y el hecho de las personas no viven de igual manera determinadas situaciones de estrés, pueden provocar respuestas diferentes y disonantes y por ello, la forma de actuar puede desencadenar momentos de violencia. La espera de la asistencia sanitaria, que pueda ser percibida como de muy prolongada, o la consideración de excesivo retraso de la llegada del recurso o la demora en la atención, suelen estar detrás del detonante de tales circunstancias. Es muy probable que exista una relación entre la percepción de la espera prolongada, el tiempo de asistencia en sí y las características propias de las personas que se encuentren en el lugar, incluido el afectado, en el posible origen de un escenario generador de agresividad. Las situaciones violentas y agresivas hacia el personal de las emergencias extrahospitalaria constituyen un verdadero problema que hasta hace poco tiempo era prácticamente desconocido y ha permanecido en silencio por la escasa denuncia que de ello se hace, como indican nuestros datos. No es un problema que sólo afecta a países en desarrollo o países desarrollados lejos de nuestro ámbito territorial, es un tema latente en Europa. Un dato importante a resaltar es el hecho de que sea la mujer joven la que está más expuesta que el hombre a estas situaciones y que confirma que el problema de la violencia de género se traslada al ámbito profesional y en situaciones de vulnerabilidad, que hace a la mujer profesional de este ámbito especial doblemente vulnerable, afianzando con ello, el grave problema de educación en igualdad de género que está enquistado en nuestra sociedad, dado que en nuestra datos además, el porcentaje de lesiones es mayor en la mujer. Es por tanto una cuestión urgente mejorar, que al igual que el nivel de formación y concienciación de los trabajadores para prevenir estos hechos. Como consecuencia de ello, puede

que pase desapercibido la necesidad de denunciar ante la autoridad competente estas situaciones. En situaciones de emergencias sanitarias, es importante la toma de conciencia de la auto protección y la prevención. Este tipo de situaciones de violencia o de agresividad acaecidas en el sector sanitario extrahospitalario urgente, no se denuncia habitualmente y por este motivo, la percepción del riesgo no es del todo real y se puede tender a relativizarlo, provocando una situación de confianza en los intervinientes La filosofía que debe reinar en las situaciones que implique riesgo para el personal que trabaje en la asistencia sanitaria prehospitalaria urgente es la de prevención, analizando las posibles situaciones de riesgo y adaptando las respuestas a ello (Koritsas, Boyle, & Coles, 2009). Ante una situación de riesgo, diferentes autores (Sainz Pinós, C., López Triverio, P. F., Maestre Naranjo, M., Borda Olivas, J., Cabrero Martín, B., & Rodríguez de la Pinta, M. L. (2011) y algunas CCAA (Plan de Prevención de las Agresiones a los Trabajadores del Servicio Canario de la Salud (PPATSCS, 2006) han elaborado recomendaciones sencillas en las que se hace hincapié en mantener el equilibrio emocional y no responder a las provocaciones, como primera medida. El hecho de tener una conversación en tono afable y profesional es fundamental, intentando sobre todo reconducir al usuario hacia un estado de ánimo más tranquilo. Un recurso que puede tener buenos resultados es el reconocer y admitir las posibles deficiencias propias y de la organización sin restar importancia a las críticas, procurando encontrar puntos comunes, señalando aquellos en los que se esté de acuerdo. La idea es lograr empatizar con los sentimientos del usuario o paciente, sobre todo cuando hay dificultades para controlar las propias emociones. También se hace necesario evitar transmitir señales verbales y no verbales que generen desafío, hostilidad, desinterés, frialdad, menosprecio e impaciencia. Mantener la distancia social para evitar invadir su espacio personal y evitar el contacto físico, solicitando siempre y previamente su autorización e informado de lo que se va a realizar. Es evidente que transmitir información que no sea real y/o proponer acuerdos que no se pueden cumplir no es lógico que se haga y muchos menos usar amenazas o coacciones. Por último, se anima a comunicar y a denunciar las agresiones sufridas según protocolos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Ayranci, U. (2005). Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *The journal of emergency medicine*, 28(3), 361-365.
- 2.Bernardo de Quirós, M (2011). Análisis psicosocial de las agresiones a los profesionales de los servicios de urgencias y emergencias del SUMMA-112 de la Comunidad de Madrid.
- 3.Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. & Stanley, J. (2007). A pilot study of Workplace violence towards paramedics. *Emergency Medicine Journal*, 24(11).
- 4.Chappell, D., & Di Martino, V. (2006). Violence at work. International Labour Organization. Consejería de Sanidad (2006). Plan de prevención a los Trabajadores del Servicio Canario de Salud.Dirección General de Recursos Humanos. Gobierno de Canarias <http://www.gobiernodecanarias.org/>.
- 5.Crilly J, Chaboyer W, Creedy D(2004). Violence towards emergency department nurses by patients. *Accident Emergency Nurse*, 12(2):67-73.
- 6.Di Martino, V. (2002). Workplace violence in the health sector. Country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- 7.Elhadad, F. & Galán, Á. (2012). Violencia en el trabajo: prevalencia y medidas preventivas contra las agresiones a profesionales de la salud. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio de enfermería de Sevilla*, (81), 17-23.

TRABAJO EXTRAHOSPITALARIO EN EQUIPO: OPTIMIZANDO RECURSOS SANITARIOS

AUTORÍA

Rubén Cuñado Cerro
Isabel Lamas Fernández
Sonia Malvar Gonzalez
Rocio Ramos Gomez
Maite Eder Azkuenaga Martin
Agustin Garcia Hernández.

INTRODUCCIÓN

El soporte vital avanzado (SVAm) sito en Elgoibar, Gipuzkoa, da cobertura a un total de 21 municipios, abarcando una población estimada de 141874 habitantes. Población dispersa con pequeños pueblos y mucha zona montañosa. Área sanitariamente dotada con un SVAm, 2 SV Ae, 6 SVB y un Hospital Comarcal. Estas características hacen que el Centro Coordinador opte por la doble respuesta (envía dos recursos) ante emergencias presumiblemente graves, con objeto de ganar tiempo en favor del paciente.

OBJETIVOS

- Definir el tipo de asistencia que, previa valoración por parte del SVAm, se deriva en SV Ae/SVB a Hospital Comarcal u Hospital Terciario.
- Visualizar las Técnicas desarrolladas por el SVAm insitu, aportando valor a la Anamnesis médica.

BIBLIOGRAFIA

1. "Guía de actuaciones en emergencias sanitarias" Escrito por: Personal sanitario de Emergentziak; 1º edición 2003 Editado por Gobierno Vasco.
2. "Enfermo crítico y emergencias" Editorial: Elsevier; Autor: Jose Mª Nicolas

MATERIAL/PACIENTES Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los avisos en el que el SVAm interviene junto con el SV Ae/SVB desde el 1 de Mayo de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2015. Se han revisados 525 informes en los que las unidades fueron alertadas de forma conjunta. Solo 215 han cumplido los requisitos necesarios para entrar en el estudio. Variables a estudio: Edad, sexo, localización, motivo de aviso, centro de traslado, maniobras diagnósticas/terapéuticas.

RESULTADOS

Un importante número de emergencias asistidas por un SVAm son derivadas posteriormente a SV Ae/SVB. Emergencias que telefónicamente parecen ser vitales, se comprueba después que realmente no lo son, y se pueden trasladar adaptando emergencia a recurso adecuado. En otras ocasiones, la situación inicial del paciente es inestable (hipoglucemia, convulsión, síncope...), pero tras la terapia aplicada, la mejoría es tal que el traslado es posible en un recurso no medicalizado.

CONCLUSIONES

Se evidencia que desde el Centro Coordinador no siempre se logra valorar la gravedad de una emergencia vía telefónica. La activación de una doble respuesta aporta calidad a la asistencia extrahospitalaria: se consigue una valoración médica a cabecera de paciente, la prestación de maniobras de SVA y estabilización del paciente; tras ello, adoptar el recurso sanitario adecuado al paciente para el traslado al centro útil, quedando así el recurso Avanzado disponible en la zona, tras realizar la estabilización del paciente.